

Ивановский Николай Петрович

**Материалы к учению о
висцеральном сифилисе**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 82-3
ББК 84-4
Н63

Н63 **Николай Петрович И.**
Материалы к учению о висцеральном сифилисе / Ивановский Николай Петрович – М.:
Книга по Требованию, 2023. – 56 с.

ISBN 978-5-519-86698-9

ISBN 978-5-519-86698-9

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2023
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2023

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг — не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель — вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания — решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

Писатели до Вирховскаго періода относили пораженія внутренностей къ числу позднѣйшихъ проявленій сифилиса, — къ третичнымъ припадкамъ Ricord'a; Virchow, какъ видно изъ приведенной цитаты, не соглашаясь на такое рѣзкое разграниченіе, все же принимаетъ, что общее зараженіе организма прежде всего проявляется въ формѣ разнообразныхъ заболѣваній наружныхъ частей и потомъ уже, просуществовавъ въ такомъ видѣ извѣстное время, распространятся на внутренности. Въ послѣднее время однако, все яснѣе и опредѣленнѣе высказывается мысль, что и такое понятіе о ходѣ болѣзненнаго процесса не соотвѣтствуетъ результатамъ клиническаго наблюденія. Въ сочиненіяхъ Lancereaux, Beer'a, Ljunggren'a, Руднева и др. весьма положительно выражается мнѣніе, что внутренніе органы при сифилисѣ поражаются очень рано, одновременно съ первыми кожными высыпаниями, и мнѣніе это подтверждается клиническими, а частью и анатомическими данными. Какого рода анатомо-патологическія и гистологическія измѣненія органовъ при этихъ раннихъ заболѣваніяхъ, впрочемъ еще не выяснено достаточно.

Что касается втораго, цитированнаго выше, положенія Virchow' а, то, сколько мнѣ извѣстно, одинъ Beer, путемъ тщательныхъ гистологическихъ изслѣдованій пришелъ къ выводамъ противорѣчащимъ указанному положенію. Именно, относительно почекъ ¹⁾ онъ показалъ, что, при сифилитическихъ заболѣваніяхъ ихъ, паренхиматозные элементы, — эпителиальныя клѣтки мочевыхъ канальцевъ, — подвергаются очень рано, при самомъ началѣ развитія интерстиціальнаго процесса, весьма значительнымъ измѣненіямъ, указывающимъ, по его мнѣнію, на зависимость этихъ измѣненій не отъ мѣстныхъ условій — па-

¹⁾ Beer. Die Eingeweidesyphilis. Tübingen. 1867.

тологическихъ процессовъ въ стромѣ, а отъ *общей* причины дѣйствующей одновременно на ту и другую ткань.

Не смотря однако же на то, что опредѣленные представленія о раннихъ заболѣваніяхъ внутреннихъ органовъ и объ участіи, такъ сказать, первичномъ, паренхиматозныхъ элементовъ при висцеральныхъ сифилитическихъ пораженіяхъ возникли только въ новѣйшее время, факты говорящіе въ пользу ихъ не укрылись и отъ наблюдателей прежняго времени. Такъ, относительно раннихъ заболѣваній внутренностей, у Lancereaux, ¹⁾ встрѣчается множество указаній на старыхъ и новыхъ авторовъ наблюдавшихъ въ періодѣ первыхъ кожныхъ высыпаній лихорадочныя явленія, icterus, расстройства желудочно-кишечнаго канала и т. п. Впослѣдствіи, при изложеніи результатовъ моихъ изслѣдованій, будутъ приведены имѣющіяся въ литературѣ наблюденія и относительно первичныхъ паренхиматозныхъ измѣненій. Здѣсь стоитъ упомянуть, что и Virchow описалъ нѣсколько такого рода случаевъ, да и его бѣлая гепатизація у дѣтей и бурая у взрослыхъ несомнѣнно должны быть отнесены къ числу подобныхъ же патологическихъ процессовъ.

Такимъ образомъ, въ области висцеральнаго сифилиса, между многими другими, имѣются два открытыхъ вопроса, разрѣшеніе которыхъ, путемъ клиническаго наблюденія и анатомическаго изслѣдованія, представляетъ несомнѣнный научный интересъ и практическое значеніе.

Гистологическія изслѣдованія по одному изъ этихъ вопросовъ, именно относительно участія паренхиматозныхъ элементовъ железистыхъ внутреннихъ органовъ въ сифилитическихъ заболѣваніяхъ, составляютъ предметъ настоящей работы; но вмѣстѣ съ тѣмъ, въ удовлетворительномъ рѣшеніи этой задачи заключается, по моему мнѣ-

¹⁾ Е. Lancereaux. Traité historique et pratique de la syphilis. Paris. 1866.

нію, до нѣкоторой степени отвѣтъ и на второй вопросъ— о характерѣ раннихъ висцеральныхъ пораженій. Въ указанномъ направленіи были изслѣдованы какъ большія железы—печень, почки и т. д., такъ и мелкія гроздовидныя и трубчатыя железки принадлежащія слизистымъ оболочкамъ пищеварительныхъ и дыхательныхъ органовъ. Немаловажное затрудненіе представлялъ надлежащій выборъ объектовъ для изслѣдованія. Сифилитики умираютъ отъ самаго сифилиса обыкновенно только въ позднихъ періодахъ болѣзни, при глубокихъ разстройствахъ важныхъ внутреннихъ органовъ; въ раннихъ же стадіяхъ причинами смерти ихъ бывають различныя интеркурирующія болѣзни, здѣсь въ Петербургѣ преимущественно тифы, *F. recurrens*, въ настоящее время холера. Но эти процессы сами по себѣ вызываютъ обширныя паренхиматозныя измѣненія, и слѣдовательно такого рода объекты, или вовсе не годны для изслѣдованія, или же пользоваться ими можно только съ большою осторожностью. Поэтому, не смотря на богатый матерьялъ бывшій въ моемъ распоряженіи, заимствованный изъ патолого-анатомическаго института академіи и изъ другихъ источниковъ, въ предлагаемой работѣ приводятся результаты изслѣдованія только около 20 случаевъ. Изслѣдуемые органы получались отъ труповъ взрослыхъ людей съ приобрѣтеннымъ сифилисомъ въ различныхъ періодахъ развитія. Діагностика сифилиса основывалась на результатахъ анатомическаго изслѣдованія и анамнестическихъ данныхъ. При нижеслѣдующемъ изложеніи будутъ упомянуты и такія, случайно встрѣтившіяся измѣненія, которыя хотя и не имѣють непосредственнаго отношенія къ излагаемому предмету, но тѣмъ не менѣе представляютъ нѣкоторый интересъ по своей малоизвѣстности.

Слизистыя гроздовидныя железы.

Патологическія измѣненія мелкихъ гроздовидныхъ железокъ принадлежащихъ слизистымъ оболочкамъ вообще очень мало обращали на себя вниманіе изслѣдователей. При описаніи различныхъ болѣзненныхъ процессовъ въ слизистыхъ оболочкахъ полости рта, зѣва, дыхательныхъ путей и пр. эти железы упоминаются только, такъ сказать, мимоходомъ или же не упоминаются вовсе. Foerster, Klebs описываютъ кисты, вслѣдствіи закупорки протоковъ и коллоиднаго перерожденія, гипертрофію этихъ железъ при хроническихъ катаррахъ слизистыхъ оболочекъ зѣва, гортани. Rheiner говоритъ: при обыкновенномъ катаррѣ (гортани) участіе слизистыхъ железъ проявляется только въ усиленномъ произведеніи клѣточныхъ элементовъ и увеличенномъ выдѣленіи жидкости. ¹⁾ Далѣе, при описаніи фолликулярныхъ язвъ гортани рѣчь идетъ также о нихъ: внутри отдѣльныхъ пузырьковъ появляется значительное разростаніе клѣточныхъ элементовъ, отчего они въ высокой степени растягиваются, находящаяся между ними соединительная ткань истончается; стѣнки отдѣльныхъ пузырьковъ сближаются между собою и наконецъ разрываются, такъ что происходитъ соединеніе отдѣльныхъ полостей въ одну, которая потомъ и вскрывается на свободную поверхность слизистой оболочки.

Этими замѣтками исчерпываются почти всѣ свѣденія объ анатомическихъ измѣненіяхъ слизистыхъ железъ. Что-же касается до участія ихъ въ сифилитическихъ заболѣваніяхъ, то въ этомъ отношеніи ни въ общихъ трактатахъ о сифилисѣ (Lancereaux, Zeissl), ни специально-посвященныхъ описанію сифилитическихъ пораженій сли-

¹⁾ Н. Rheiner. Über den Ulcerationsprozess im Kehlkopfs. Virch. Arch. Bd. V, s. 574.

зистыхъ оболочекъ рта, зѣва, глотки, гортани (Gerhardt и Roth'a, Moritz'a Kohn'a) не находится никакихъ указаній. —

Въ началѣ перваго періода общаго сифилиса — періода ирритативныхъ, гиперпластическихъ процессовъ (Virchow'a), при катарральныхъ параженіяхъ слизистыхъ оболочекъ или позже, при образованіи plaques muqueuses измѣненія слизистыхъ железъ, наблюдаемыя подѣ микроскопомъ представляются въ слѣдующемъ видѣ. — Железистые пузырьки увеличены въ объемѣ, плотно придавлены другъ къ другу, выстилающія ихъ эпителиальныя кѣтки разбухли, — вслѣдствіи чего просвѣты пузырьковъ очень сѣужены, — и имѣютъ мутный слегка зернистый видъ (въ нормальномъ состояніи онѣ обыкновенно совершенно свѣтлы, прозрачны и только незначительно мутятся при прибавленіи уксусной кислоты), ядеръ не видно, но контуры отдѣльныхъ кѣтокъ большею частью ясны. Въ промежуточной ткани при этомъ нѣтъ измѣненій, сосудистая сѣтъ окружающая железистые пузырьки мѣстами видна очень отчетливо вслѣдствіи накопленія въ ней кровяныхъ шариковъ, тамъ-же, гдѣ увеличенные въ объемѣ пузырьки тѣсно прилежатъ другъ къ другу, совершенно не замѣтна. Въ поверхностныхъ слояхъ слизистой оболочки гиперемія сосудовъ и болѣе или менѣе значительная кругло кѣточковая инфильтрація.

Такія-же измѣненія эпителия слизистыхъ железъ наблюдаются при простыхъ (т. е. независящихъ отъ сифилиса) катарральныхъ воспаленіяхъ слизистыхъ оболочекъ и различныхъ острыхъ инфекціонныхъ процессахъ. Различіе заключается только въ томъ, что при названныхъ болѣзняхъ пораженіе распространяется равномерно на всѣ или покрайней мѣрѣ большинство железъ извѣстной области, при сифилисѣ-же ограничивается отдѣльными железами или дольками ихъ, тогда какъ сосѣднія пред-

ставляются совершенно нормальными, и этотъ гнѣздный характеръ сохраняется и при всѣхъ послѣдующихъ измѣненіяхъ.

Дальнѣйшая судьба измѣненныхъ описаннымъ образомъ эпителиальныхъ клѣтокъ двоякая ¹⁾. Помутнѣвшія клѣтки отслаиваются отъ стѣнки пузырька, распадаются потомъ въ мелко-зернистую массу и въ такомъ видѣ выполняютъ всю полость пузырька вмѣстѣ съ прозрачною, слизистою жидкостью ²⁾. Объемъ пузырька при этомъ уменьшается. Второе, дальнѣйшее измѣненіе состоитъ въ томъ, что клѣтки еще болѣе увеличиваются въ объемѣ, совершенно выполняютъ просвѣтъ пузырька и вмѣстѣ съ тѣмъ зернистость ихъ исчезаетъ,—онѣ снова дѣлаются прозрачными; далѣе становятся неясными контуры отдѣльныхъ клѣтокъ, такъ что, въ концѣ концовъ, железистый ацинусъ представляется наполненнымъ однородною, прозрачною массою съ небольшою примѣсью мелкихъ зернышекъ. Въ началѣ эта масса мутится отъ уксусной кислоты, позднѣе же уксусная кислота не производитъ въ ней никакого измѣненія и содержимое пузырьковъ становится коллоиднымъ. Въ такомъ видѣ измѣненія могутъ существовать неопредѣленно-долгое время, и потому встрѣчаются во всѣхъ періодахъ сифилиса. Кромѣ сифилиса коллоидное

¹⁾ Бываетъ-ли возвращеніе къ нормальному состоянію, на основаніи своихъ наблюденій я не могу сказать; но оно конечно довольно вѣроятно по аналогіи съ другими подобными измѣненіями.—

²⁾ Отслойка эпителія слизистыхъ железъ и распаденіе его описывается нѣкоторыми какъ трупное явленіе. Дѣйствительно, у долголежавшихъ труповъ даже нормальный эпителий отдѣляется иногда отъ стѣнокъ и распадается, но у свѣжихъ подобное явленіе замѣчается только тогда, когда клѣтки еще при жизни претерпѣли какія-либо измѣненія; но и въ этомъ случаѣ наблюдается только отслойка, но не распадъ. Избѣжать ошибки слѣдовательно можно всегда, если обращать вниманіе на присутствіе или отсутствіе трупныхъ измѣненій въ другихъ частяхъ, напр. кровяныхъ шарикахъ и т. п.

перерожденіе слизистыхъ железъ наблюдается особенно часто при хроническихъ воспаленіяхъ легочной ткани, при которыхъ катарры зѣва и гортани составляютъ почти постоянное явленіе. Во всѣхъ описанныхъ случаяхъ выводные протоки желѣзъ не подвергаются особннымъ измѣненіямъ. Они обыкновенно выполнены слизистою или коллоидною массою съ разсѣянными мелкими зернышками, иногда нѣсколько расширены; выстилающій ихъ эпителий имѣетъ нормальный видъ.

Одновременно съ развитіемъ интерстиціальнхъ гиперплазій въ разныхъ органахъ, въ промежуточной ткани разсматриваемыхъ желѣзъ наблюдаются нерѣдко подобныя же измѣненія. Первоначально въ окружности главнаго выводнаго протока железы появляется обильная инфильтрація круглыми, грануляціонными клѣтками достигающая иногда вмѣстѣ съ нимъ до наружной поверхности слизистой оболочки. Эта инфильтрація затѣмъ распространяется мало по малу между железистыми пузырьками, которые вслѣдствіи того раздвигаются и уменьшаются въ объемѣ, и достигаетъ наконецъ периферіи пораженной дольки, гдѣ обыкновенно и оканчивается. Такимъ путемъ, по всей вѣроятности, при другихъ условіяхъ, происходятъ абсцессы слизистыхъ желѣзъ, въ видѣнныхъ же мною случаяхъ новообразованные клѣточные элементы оказывали явную наклонность къ переходу въ стойкую ткань, ибо въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ процессъ былъ захваченъ въ болѣе позднемъ періодѣ, замѣчалось обильное развитіе въ промежуткахъ между железистыми асіні соединительной ткани. Получаемыя при этомъ картины были довольно разнообразны. Иногда вся долька железы представлялась уменьшенной въ объемѣ, пузырьки, вдвое и втрое меньше нормальныхъ, раздѣлены между собою широкими промежутками состоящими изъ равномерной, тонко волокнистой соединительной ткани, съ заложенными кой гдѣ, по длинѣ волоконъ

веретенообразными клѣтками. Въ другихъ случаяхъ новообразованная волокнистая ткань располагается циркулярными, концентрическими слоями вокругъ отдѣльныхъ пузырьковъ, такъ что каждый изъ нихъ представляется одѣтымъ болѣе или менѣе толстою, волокнистою сумкою. Наконецъ наблюдаются измѣненія и въ *membrana propria* пузырьковъ; именно въ нѣкоторыхъ изъ нихъ, эта оболочка является утолщенной, однородною, блестящею, иногда съ едва замѣтною полосатостью, съ заложенными въ ней овальными ядрами, *склерозъ membranae propriae*. Сосудовъ попадаетъ мало, болѣе крупные изъ нихъ представляются съ утолщенными стѣнками. Выводные протоки сужены и одѣты толстымъ слоемъ волокнистой соединительной ткани съ идущими по длинѣ протока волокнами. Иногда каналъ его представляется изогнутымъ вслѣдствіи сокращенія новообразованной ткани. Что касается эпителія пузырьковъ, то иногда, въ началѣ развитія интерстиціального процесса, онъ имѣетъ почти нормальный видъ, большею же частью однако является зернисто-распавшимся, или же полость пузырька выполнена однородною, слизистою или коллоидною массою.

При язвенныхъ процессахъ слизистыхъ оболочекъ участіе железъ, въ видѣнныхъ мною случаяхъ (я изслѣдовалъ язвы гортани и надгортанника при различныхъ обуславливавшихъ ихъ патологическихъ процессахъ, сифилисѣ бугорчаткѣ, тифѣ) было весьма незначительное, и притомъ всегда послѣдовательное. Обыкновенно если язвенный процессъ былъ застигнутъ въ началѣ, железы, въ ближайшемъ сосѣдствѣ язвы, не представляли никакихъ особенныхъ измѣненій; если же потеря вещества шла въ глубь, въ подслизистую ткань, кругло-клѣточковая инфильтрація дна и краевъ язвы распространялась на промежуточную ткань железы, затѣмъ клѣтки эти подвергались распаденію увлекая въ разрушеніе и железистую

ткань, причемъ эпителий не представлялъ никакихъ предварительныхъ прогрессивныхъ измѣненій, а просто отслаивался отъ стѣнокъ и распадался въ мелкозернистую массу. Первичнаго участія железъ въ образованіи язвъ, какъ это описываетъ напр. Rheiner, я никогда не наблюдалъ, не смотря на то, что мнѣ довольно часто встрѣчались кратеровидныя язвы, преимущественно на нижней поверхности надгортанника. Впрочемъ при сифилисѣ, такого рода участіе въ образованіи язвъ повидимому возможно въ нѣкоторыхъ случаяхъ. Именно, при изслѣдованіи слизистыхъ железъ твердаго неба женщины умершей отъ сифилиса въ гуммозномъ періодѣ, мнѣ встрѣтились слѣдующія измѣненія ихъ ¹⁾. Mucosa твердаго неба очень блѣдна, поверхность ея нѣсколько бугриста; на микроскопическихъ поперечныхъ разрѣзахъ ея, сосочки мѣстами въ видѣ группъ одѣтыхъ общимъ эпителиальнымъ покровомъ, возвышающимся надъ поверхностью полукруглымъ бугромъ, представлялись вдвое и втрое увеличенными въ длину и имѣли волокнистый видъ, ткань слизистой оболочки, подъ сосочковымъ слоемъ, состояла большею частью изъ толстыхъ склеротическихъ волоконъ.

Многія железы уменьшены въ объемѣ, пузырьки втрое меньше нормальныхъ, выполнены зернистымъ распадомъ эпителия, далеко раздвинуты другъ отъ друга вслѣдствіи обильнаго развитія соединительной ткани состоящей изъ идущихъ въ разныхъ направленіяхъ волоконъ. Въ промежуткахъ между железистыми пузырьками, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ замѣчались небольшія (занимающія однако при 300 кратномъ увеличеніи почти половину поля микроскопа) гнѣзда расположенныя около центральнаго выводнаго протока, или ближе къ периферіи железы, состоящія изъ круглыхъ, величиною въ бѣлый кровяной ша-

¹⁾ Набл. № 1.

рикъ клѣтокъ, лежащихъ между волокнами старой ткани, съ большими, частью ясно видными ядрами. Присутствіе свободныхъ ядеръ, неясность контуровъ и мутный зернистый видъ многихъ изъ клѣтокъ, указываютъ на ихъ не стойкій характеръ, такъ что слѣдовательно, при дальнѣйшемъ ходѣ процесса, очень вѣроятно происхожденіе изъ этихъ гнѣздъ настоящихъ гуммозныхъ узловъ нерѣдко наблюдаемыхъ у сифилитиковъ въ этой области и причиняющихъ значительныя разрушенія.

Такимъ образомъ, участіе гроздовидныхъ слизистыхъ железъ верхнихъ отдѣловъ пищеварительнаго и дыхательныхъ путей, въ ихъ сифилитическихъ заболѣваніяхъ, выражается, въ раннихъ періодахъ, набуханіемъ и помутнѣніемъ эпителиальныхъ клѣтокъ съ послѣдующимъ зернистымъ распаденіемъ (измѣненія аналогичныя до нѣкоторой степени паренхиматознымъ воспаленіямъ большихъ, внутреннихъ железистыхъ органовъ), затѣмъ слизистыми и коллоидными измѣненіями, позднѣе гиперпластическими процессами ихъ промежуточной ткани съ послѣдовательною атрофіей железистыхъ пузырьковъ, иногда съ склерозомъ ихъ оболочки (*membrana propria*) и, наконецъ, вѣроятнымъ развитіемъ гуммозныхъ опухолей на почвѣ новообразованной соединительной ткани, внутри железистой дольки.

Относительно вліянія описанныхъ измѣненій железъ на внѣшній, макроскопическій видъ слизистыхъ оболочекъ должно замѣтить, что раннія пораженія, измѣненія железистаго эпителія и содержамаго пузырьковъ, не отражались существеннымъ образомъ на видѣ слизистыхъ оболочекъ (за исключеніемъ конечно тѣхъ относительно рѣдкихъ случаевъ, гдѣ пузырьки растянутые коллоиднымъ содержимымъ обращались въ настоящія кисты). Наблюдавшаяся иногда неровность поверхности, бугристость обусловливалась, въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ имѣются фоллику-